

THÈSE 455

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean Ernest Louis DIEHL

Né le 11 Mars 1913, à Verzy (Marne)

LA DÉSINFECTION RHINO-PHARYNGÉE

PAR LA

MÉTHODE DES IRRIGATIONS

Président : M. F. LEMAITRE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean Ernest Louis DIEHL

Né le 11 Mars 1913, à Verzy (Marne)

LA DÉSINFECTION RHINO-PHARYNGÉE

PAR LA

MÉTHODE DES IRRIGATIONS

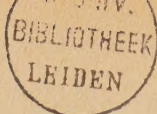
Président : M. F. LEMAITRE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939



LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgic.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) . Pathologie médicale.
 Justin BESANÇON . . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgic.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART d'ALLAINES Pathologie chirurgic.
 GAYET Physiologie
 DE GENNES Pathologie Médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-Rhino-Laryngol.
 HUGUENIN Anat. pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTURJOU Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . . . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LE LONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgic.
 MII J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiatrie
 MENEGAUX Pathologie chirurgic.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgic.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS . . Anat. pathologique.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgic.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER Pathologie chirurgic.

MM.

LARDENNOIS Pathologie chirurgic.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Parasitologie.
 NEVEU-LEMAIRE . . . Patholog. chirurgicale
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHABROL }
 DONZELOT } Clinique médicale.
 DUVOIR }
 LIAN }
 PASTEUR-VALLERY-
 RADOT }
 SEZARY }

MM

BASSET }
 BROcq }
 CADENAT }
 GATELLIER } Clinique Chirurgicale.
 MOURE }
 QUENU }
 VELTER }
 ECALLE }
 METZGER } Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR LOUIS STAHL

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR LOUIS DIEHL

A MON PÈRE
LE DOCTEUR CHARLES DIEHL

A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Chef du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de l'Hôpital Lariboisière

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de ma profonde gratitude
et de ma respectueuse admiration.*

A M. LE MÉDECIN-COMMANDANT L. FERRABOUC

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Je tiens à le remercier de ses conseils.
Qu'il accepte ce faible témoignage de
mon très respectueux attachement.*

AVANT-PROPOS

Nous nous sommes attachés à la recherche d'une formule et d'un procédé simple, permettant l'amélioration, si ce n'est la guérison, de certaines affections des voies respiratoires supérieures, et en particulier, du catarrhe rhino-pharyngien aigu et chronique.

Deux éléments nous ont engagés à cette étude :

Le premier vient d'une constatation, touchant l'action de l'eau de mer dans un cas particulièrement rebelle d'infection rhino-pharyngée.

« Etant en vacances au bord de la mer, un jeune étudiant en médecine nous a fait part de l'amélioration très rapide qu'il éprouvait chaque année, par l'introduction d'eau de mer dans ses fosses nasales et dans son pharynx, au cours de son bain quotidien ».

Le second élément nous a été donné par l'action puissante et incontestée du soufre à l'état d'hydrogène sulfuré.

Nous avons complété notre formule, en nous souvenant de l'action anti-coagulante et fluidifiante

du citrate de soude — et en profitant des dernières acquisitions de la médecine, dans le domaine de la désinfection rhino-pharyngée. Nous voulons parler des dérivés arsenicaux, qui sont couramment utilisés sous forme de collutoires, mais qui trouvent dans notre méthode, une application de leurs hautes vertus bactéricides.

Notre préparation comportera donc grossièrement les éléments suivants :

sel marin,
citrate de soude,
soufre,
arsenic.

II

IMPORTANCE DU RHINO PHARYNX PORTE D'ENTRÉE DE NOMBREUSES MALADIES INFECTIEUSES

La porte d'entrée rhino-pharyngée des maladies infectieuses est connue depuis longtemps. En effet, les Chinois pratiquaient la variolisation, par inhalation de croûtelles desséchées et maintenues à l'abri de la lumière.

Les examens bactériologiques très précis, dont nous disposons actuellement, montrent que la cavité bucco-pharyngée et les fosses nasales hébergent, même chez l'individu sain, des espèces microbiennes très diverses qui végètent dans la salive, le mucus nasal, le pharynx. Ce sont notamment le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, l'enterocoque, le micrococcus catarrhalis, le bacille pseudodiphtérique d'Hoffmann, le tréponème de Vincent, etc.

Ces microbes qui vivent en saprophytes, peuvent cependant devenir pathogènes et créer une lésion locale, bénigne en général, telle que angine, stomatite, abcès amygdaliens. Et dans ce cas, une

ou plusieurs espèces pullulent aux dépens des autres.

A côté de cette flore habituelle, nous rencontrons des microbes pathogènes qui peuvent créer localement des affections différenciées, tels que le bacille diphtérique qui déterminera la formation de fausses membranes ; ce sont aussi les virus : virus herpétique, virus grippal, virus ourlien, virus encéphalitique, ou polynévritique ; les agents inconnus du Rhumatisme articulaire aigu ou de la scarlatine ; l'agent de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, qui siège également dans le rhinopharynx où il se développe en premier lieu, y déterminant une Rhinopharyngite méningococcique, avant d'aller infecter le sang et les méninges.

Cependant, cette flore pathogène peut encore ne pas se manifester cliniquement, et pour devenir pathogène, il lui faut certaines conditions, et surtout, le renforcement de la virulence des germes par un mécanisme quelconque : « virulence de passage » par exemple, favorisée par la multiplicité des contacts interhumains, triste conséquence de la vie moderne.

Le grippé en incubation sème en effet, largement autour de lui la contagion, ilensemence l'atmosphère en projetant par la toux des gouttelettes de Flügge, qui sont inhalées par le voisin. Ainsi s'opère rapidement ces passages successifs *in vivo* dont le rôle est si évident dans l'exacerbation de la virulence. De la même façon, l'agent déterminant

d'une simple angine va bientôt se manifester par des infections bien plus graves : pleurésies purulentes, bactériémies, pneumonies, etc.

Chassons ces germes de notre organisme avant qu'ils ne deviennent pathogènes. Débarrassons-en les sujets infectés, nous hâterons leur guérison et nous aurons écarté de la collectivité un danger certain.

Ces affirmations sont basées sur un fait expérimental malheureusement unique mais suffisamment patent pour mériter d'être rapporté.

Pendant les mois de janvier, février, nous nous sommes trouvés quelques deux cents individus rassemblés pour des cours, dans une salle surchauffée et de faible capacité. Le résultat ne s'est pas fait attendre : bientôt quelques-uns de nous présentèrent un catarrhe rhinopharyngien accompagné de réactions trachéobronchiques, puis l'infection gagna le voisinage et la presque totalité des individus furent atteints. Quant à nous personnellement, nous sommes restés absolument indemnes, jusqu'au jour où nous avons abandonné les mesures prophylactiques que nous exposerons plus loin.

III

DIFFICULTÉ D'ASSURER LA DÉSINFECTION DU RHINO-PHARYNX

La complexité anatomique du Rhino-pharynx est la conséquence des fonctions difficiles et importantes qu'il doit remplir. En effet, la muqueuse pituitaire joue un rôle des plus importants dans la respiration. A son contact, l'air inspiré s'échauffe, s'humidifie ; grâce aux nombreux diverticules que présentent les fosses nasales, il se débarrasse en les traversant de la plupart des germes qu'il apporte avec lui et que les sécrétions glandulaires détruisent sur place ou entraînent au dehors.

Reprenons en détail les deux fonctions essentielles du rhino-pharynx :

Il lui faut, tout d'abord, réchauffer l'air inspiré.

Ce rôle est surtout dévolu à la muqueuse pituitaire. La tâche est facilitée par l'énorme vascularisation de la région ; et par la présence d'une surface de contact, considérablement accrue, par les nombreux replis et anfractuosités, nommés méats

et cornets, qui viennent se greffer sur la paroi externe des fosses nasales.

Il lui faut encore, barrer le passage aux germes.

En effet, le Rhino-pharynx est le barrage essentiel contre l'infection de la trachée, des bronches et des poumons. C'est lui qui va subir, le premier, l'assaut des microbes. Aussi, dispose-t-il de puissants moyens d'action antiinfectieux, se traduisant par la présence d'un réseau lymphatique extrêmement important, mais surtout, par la présence d'un abondant tissu lymphoïdale dont les principaux éléments constituent ce qu'on appelle les amygdales palatines, pharyngiennes et tubaires.

Enfin pour avoir une image complète, il nous faut considérer :

Deux grands orifices qui occupent la presque totalité de la paroi antérieure du pharynx :

Et les sinus. Ce sont des diverticules plus ou moins irréguliers des fosses nasales, auxquelles ils se trouvent rattachés par un étroit orifice.

Cet aspect tourmenté du rhino-pharynx avec ses organes lymphoïdes saillants, ses fossettes, ses anfractuosités, ses diverticules, nous montre la difficulté de moyens d'action et le drainage quasi impossible des sécrétions muco-purulentes.

De fait, les microbes pathogènes iront se cacher dans ces réceptacles, et échapperont aux topiques antiseptiques habituels et même, à l'action bactéricide du mucus nasal normal.

IV

MÉTHODES ACTUELLES DE DÉSINFECTION DU RHINO-PHARYNX

De quels moyens de défense et de désinfection disposons-nous, en regard de toutes ces difficultés ?

— *Les pommades nasales* : elles dépassent à peine l'orifice d'entrée des fosses nasales et c'est le moins qu'on puisse leur reprocher.

— *Les instillations* : elles suivent seulement le plancher des fosses nasales et la face dorsale du voile du palais ; ainsi que le montraient les radios du crâne après instillations de Lipiodol (Worms).

— *Les pulvérisations nasales* : la surface de contact de l'antiseptique et de la muqueuse est sans doute plus importante.

— *Les inhalations* : Les vapeurs pénètrent partout, elles ont un effet décongestionnant, mais il leur manque le pouvoir détersif nécessaire car « ce n'est pas tant la vertu microbicide des topiques qui importe que la détersion des cavités cryptiques ». (Worms 1929).

— *Les gargarismes ou lavages de gorge* : Très utiles, certes, dans l'inflammation de la gorge.

— *Les badigeonnages à l'aide d'un porte-coton recourbé selon la forme du Rhino-pharynx :*

Divers collutoires, sels d'argent colloïdal, huiles aromatiques sont volontiers employés en badigeonnages qui seraient de bons moyens de déter-sion et de désinfection, si le rhino-pharynx était d'un accès plus facile. Le malade ne peut se les appliquer lui-même, car ils provoquent l'apparition de nausées. Il faut enfin, des mains expertes pour réaliser le nettoyage correct sans traumatiser plus ou moins la muqueuse cavitaire.

— *Les pulvérisations rétronasales ou atomisations du cavum avec le multipulvinar* est un procédé qui aurait donné de bons résultats.

Que nous reste-t-il ? Les irrigations :

— *Le bain nasal* : Il s'effectue au moyen de la pipette et consiste en l'introduction et le maintien sous pression à l'intérieur du nez d'une faible quantité de solution tiède et alcaline.

— *Les lavages du nez au bock* avec la canule de Vaucher.

— *La douche rétronasale avec la canule de Vaucher* adaptée à l'extrémité d'un énéma ordinaire : elle est en général assez mal supportée en raison du réflexe nauséeux.

Voyons maintenant ce qu'il faut penser de toutes ces méthodes.

L'inefficacité des pommades nasales, des huiles médicinales, des essences, des substances colloïdales est telle que toutes ces substances ne nous attarderont pas plus longtemps.

C'est d'abord et toujours le même problème de trouver à la fois une solution non irritante, offrant un réel pouvoir antiseptique ou cytophyllactique, pouvant convenir à tous petits ou grands, et ne tenant pas compte des réactions individuelles.

Ensuite, le procédé des topiques, qu'ils soient apportés en instillations, en inhalations, en pulvérisations, part d'un mauvais principe.

Est-il logique en effet, de mettre une substance antiseptique sur du pus, pour guérir une plaie ? Qu'il nous soit permis d'insister encore sur ce point et de faire un rapprochement. Quoi de plus lent et de plus difficile à guérir qu'une infection cutanée ! C'est un revêtement comme les muqueuses et cependant beaucoup moins délicat et d'un accès bien facile. Il n'en est pas moins vrai qu'il ne viendrait jamais à l'esprit d'un dermatologiste de pulvériser une solution quelconque ou de mettre une pommade sur une dermatose purulente, avant d'avoir enlevé les débris et le pus qui s'est accumulé. Pourquoi ne pas appliquer le même principe à nos muqueuses. Car, et c'est un fait certain, rien ne guérit aussi facilement que les lésions muqueuses pourvu qu'elles soient propres. C'est le cas de l'angine à laquelle nous opposons les gargarismes, les lavages de bou-

che ; qui agissent bien plus par leur pouvoir désinfectant que par leur vertu bactéricide.

Il nous reste à considérer l'utilisation des procédés que nous avons réunis sous le nom d'irrigations.

La technique que nous employons est une forme de cette méthode. Nous allons maintenant l'étudier.

V

PRINCIPE DE NOTRE MÉTHODE

Notre traitement consistera en une irrigation, c'est-à-dire un lavage sous faible pression du Rhinopharynx.

Cette méthode n'est pas nouvelle, elle a été souvent critiquée. Lermoyez a écrit cette formule restée célèbre :

Coryza + lavage de nez = otite

G. Laurens est encore plus pessimiste puisqu'il dit :

« Evitons au malade le désagrément de lui introduire de l'eau dans le nez et de le voir ressortir à l'état de pus par l'apophyse mastoïde. »

Ces critiques sont-elles très fondées ? Nous ne le croyons pas, n'ayant jamais eu pour notre part le plus petit incident ; il est vrai que nous ne saurions nous entourer de trop de précautions :

La première est de ne jamais passer à l'irrigation Rhino-pharyngée, deuxième temps du traitement, avant d'avoir complètement débarrassé les fosses nasales des débris muco purulents, ce qui

constitue le premier temps. De cette façon nous sommes certain que le liquide, qui vient forcément au contact de la muqueuse nasale, n'est pas souillé lorsqu'il arrive dans le pharynx.

La seconde, est de procéder d'une façon progressive, en augmentant petit à petit le débit du liquide et cela, aussi bien pour l'irrigation nasale que pour l'irrigation rhino-pharyngée.

La troisième précaution est d'utiliser la solution à une température idoine, et chaque malade nous dira, au cours du premier temps de l'irrigation qui n'a aucun rapport avec l'oreille, si le liquide est trop froid ou trop chaud.

En outre, le système que nous avons adopté permet de faire passer le liquide à une pression constante et facile à régler.

De cette façon nous éviterons de provoquer des mouvements intempestifs de déglutition forcée, qui pourraient amener du liquide dans la trompe et déterminer l'otite.

D'ailleurs, au cas où cette éventualité se présenterait, rien n'est moins certain qu'une réaction du côté de l'oreille, à condition toutefois d'observer les règles que nous avons précisées.

En principe, éviter les irrigations chez les sujets trop nerveux ou pusillanimes.

VI

LES COMPOSANTS DE NOTRE FORMULE LEUR ACTION

Au début de notre exposé nous avons vu la composition grossière et approximative du liquide que nous utilisons. Reprenons-la plus en détail :

Un véhicule :

Un litre d'eau salée à 10 0/00 forme le véhicule de notre préparation.

La complexité du rhino-pharynx, sa surface étendue et tourmentée, ses diverticules et replis nombreux nous imposent une action mécanique puissante, capable de déterger tous ces réceptacles. C'est pourquoi nous avons choisi un volume aussi important, qui d'ailleurs peut être doublé au cours de la même séance de traitement.

En même temps le sel va déclencher des courants osmotiques, et en particulier, de l'intérieur vers la surface de la cellule qui vont entraîner avec eux les microbes trop fortement retranchés dans les cryptes glandulaires et dans l'épaisseur de la muqueuse. Cette action osmotique bienfaisante se pro-

longe un certain temps après l'irrigation ; témoin, le suintement presque continu d'un liquide par les narines.

Le citrate de soude :

Le citrate de soude, de par son action fluidifiante du mucus, va détacher les mucosités et avec elles de nombreux germes.

Le soufre :

C'est l'élément actif, fondamental de notre préparation. Les recherches modernes nous ont appris à le déceler et même à le doser dans la plupart de nos humeurs ; et surtout, dans la salive et les sécrétions muqueuses, où il existe normalement.

Dans la salive, on le trouve à l'état de sulfo-cyanates alcalins. On a attribué à ce dérivé l'action antiseptique de la salive et, de fait, si l'activité antiseptique de cette humeur est nulle ou presque, vis-à-vis des microbes vulgaires qui habitent constamment notre bouche, il semble qu'elle constitue un milieu peu favorable au développement de certains autres.

De même, d'après les stomatologistes, le sulfo-cyanure protégerait contre la carie, son absence y prédisposerait (Michel) ; mais cette opinion n'est pas confirmée.

On trouve encore le soufre dans le mucus et, fait important, la plus haute excrétion de soufre observée, dans le mucus expectoré, l'a été au stade inflammatoire de la pneumonie par Bamberger qui a trouvé dans des cendres de mucus des traces notables de sulfate de potassium.

Il semble donc que le soufre secrété au niveau des muqueuses ait un rôle antiseptique.

Quant au traitement des maladies des voies respiratoires par les dérivés sulfurés, il a été utilisé depuis la plus haute antiquité. Cette thérapeutique bienfaisante était déjà connue de Gallien pour qui le soufre était un véritable « baume pulmonaire ». Aussi envoyait-il ses malades respirer les vapeurs sulfureuses aux solfatares de Toscane et de Sicile.

De nos jours Enghien, Barèges, Challes, Eaux-Bonnes, Luchon, Cauterets, pour ne citer que quelques stations thermales sulfureuses, sont à juste titre renommées grâce à l'action indiscutable et au succès constant du soufre dans le traitement des maladies des voies respiratoires.

Le mode d'action des eaux sulfureuses exercera longtemps encore la sagacité des médecins hydrologistes et autres chercheurs scientifiques : chimistes, physiologistes, bactériologistes.

Pour l'instant on reconnaît au soufre une quadruple action locale.

Il est anticatarrhal donc cicatrisant, décongestionnant, analgésiant.

En outre, il joue un rôle trophique dans la réparation des cellules muçipares.

Notre formule comportera donc le soufre à l'état d'hydrogène sulfuré ; c'est la forme la plus réductrice, et par conséquent la plus active ; condition essentielle de son utilisation thérapeutique.

Le Novarsénobenzol.

L'action microbicide polyvalente du Novar a été établie depuis longtemps.

C'est un corps de réaction sensiblement neutre, qui n'aura pas les inconvénients des corps irritants souvent employés, qui augmentent encore l'inflammation de la muqueuse.

Son action s'étend non seulement aux pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, mais aussi sur les spirilles et fusospirilles qui sont les hôtes habituels du Rhino-pharynx.

VII

LE TRAITEMENT

L'exposé du traitement va comporter :

La préparation de la solution.

L'application pratique et l'appareillage.

Le traitement lui-même qui consiste en une irrigation nasale et pharyngée.

Préparation de la solution.

Dans un litre d'eau bouillante nous mettons :

10 gr. de sel marin non raffiné, soit 2 cuillerées à café, et nous continuons l'ébullition pendant cinq minutes.

Nous versons ensuite cette eau salée et tiédie dans une bouteille et nous ajoutons :

6 gr. de citrate de soude (soit 1 cuillerée à café).

X gouttes de la solution suivante :

Novar	0,25
Eau distillée . . .	4 gr,
Glycérine neutre.	10 cc.

Un paquet :

Silicate de soude sulfuré	} aa 0,10
Silicate d'alumine	

Au contact de l'eau le produit soufré se transforme en donnant H^2S et des sous-produits qui se dissolvent dans l'eau. Les déchets de cette transformation viennent s'accumuler au goulot de la bouteille et il est facile de nous en débarrasser par un brusque mouvement de renversement.

Restent les impuretés plus lourdes, et qui sont tombées au fond :

Notre bouteille est bouchée et mise sur pointe, c'est-à-dire goulot en bas. Lorsque toutes les particules solides sont rassemblées au-dessus du bouchon, un brusque retrait de celui-ci les libère.

Notre solution est prête.

Application pratique et Appareillage.

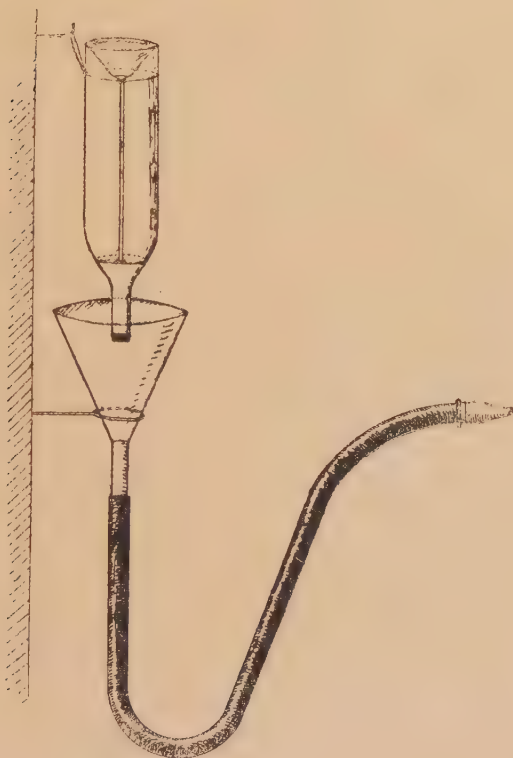
Elle a été réalisée de la façon suivante :

L'appareil que nous avons imaginé est d'une extrême simplicité. Il évite de changer le liquide de son récipient initial. Nous l'avons adopté, parce qu'il permet au malade de se soigner seul — et aussi parce qu'il est très facile de le réaliser soi-même à peu de frais.

Nous laissons donc la solution préparée dans son récipient initial, que nous fixons au-dessus d'un

entonnoir de verre. A l'entonnoir fait suite un mètre de tube de caoutchouc terminé par une olive nasale.

Nous installons notre appareil au-dessus d'un



évier, d'un lavabo ou au-dessus d'une table de toilette. Pour cela nous suspendons à une potence notre bouteille à l'aide d'une ficelle comme l'indique le schéma ; de telle façon que le goulot pénètre dans l'entonnoir, fixé au-dessous par un piton en forme de crochet.

Nous avons pris la précaution de poser une pince de Mohr sur le tube de caoutchouc.

L'Irrigation.

Elle comporte deux temps :

L'irrigation nasale, et l'irrigation rhino-pharyngée.

L'irrigation nasale constitue le premier temps du traitement proprement dit.

Une fois l'appareil mis en place. La pince de Mohr est enlevée ; le malade serre le tube de caoutchouc entre le pouce et l'index et introduit avec son autre main l'olive nasale dans une narine puis dans l'autre :

On lui recommande de respirer largement par la bouche, de pencher le plus possible sa tête, et son buste légèrement en avant ; et on s'efforce de le mettre en confiance.

Aussitôt le liquide afflue dans la narine, irrigue les fosses nasales et ressort de l'autre côté. Le débit de liquide est réglé par le malade lui-même, en serrant plus ou moins le tube de caoutchouc.

L'irrigation rhino-pharyngée :

C'est le second temps du traitement. A nouveau on demande au malade de respirer largement par la bouche. Il introduit comme précédemment l'olive dans une narine, mais il bouche l'autre avec

un doigt de sa main libre. A ce moment, la solution passe dans le pharynx et vient refluer dans la bouche. Des mouvements latéraux de la tête de droite et de gauche, augmentent la surface de contact du liquide et de la muqueuse.

Inconvénients.

Lorsque le traitement est correctement appliqué, il ne donne aucune sensation désagréable au malade. Quelquefois, au début, le passage du liquide détermine un reflexe nauséeux comme on pouvait s'y attendre. Mais ce n'est pas une règle générale et lorsque cet incident se produit, il ne se renouvelle pas, car le malade s'habitue bien vite et par la suite il accepte volontiers le traitement.

On observe aussi quelquefois après l'irrigation une légère hydroporrhée nasale qui cesse rapidement.

VIII

RÉSULTATS

Dans le catarrhe rhino-pharyngien aigu :

Nous avons eu d'excellents résultats et obtenu une guérison radicale dans les huit jours, sur tous les cas passés entre nos mains dès le début de l'infection. Jamais nous n'avons observé de complications quelconques, ne serait-ce que la simple trachéo-bronchite.

On a dit que c'était en traitant le rhino-pharynx qu'on préservait la caisse et la mastoïde. Nos irrigations ont été la meilleure prophylaxie de l'otite moyenne, souvent précédée d'un simple coryza ou d'une rhino-pharyngite, insuffisamment ou mal soignée.

OBSERVATIONS

Nous devons ces observations à l'obligeance de M. le Médecin-Commandant Ferrabouc, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce, dans le service duquel nous les avons prises à l'Hôpital Militaire d'Instruction Percy.

OBSERVATION N° 1

M. L..., Abel, 21 ans.

Entré à l'Hôpital Militaire Percy le 28 novembre présentant : une rhino-pharyngite aiguë avec gêne frontale et température de 38°4.

Le 29 nous lui faisons deux irrigations et la température descend à 37°6.

Les jours suivants, même traitement à l'exclusion de tout autre. La température tombe à 37°2 en 4 jours.

Le nez se débouche progressivement, les sécrétions nasales restent peu abondantes et reprennent leur teinte normale.

Le huitième jour le malade est guéri.

OBSERVATION N° 2

M. L..., 21 ans.

Entré à l'Hôpital Militaire Percy le 16 décembre au soir.

Le 15 déc. Nez bouché, température 38°.

Le 16 déc. 2 irrigations par jour, matin et soir.

Le 17 déc. 2 irrigations, température 37°5.

Le 18 déc. 2 irrigations, température 37°6.

Le 21 déc. 2 irrigations, température 37°4.

Le 25 déc. 2 irrigations, température 38°6.

Les irrigations sont continuées au même rythme et la température tombe le 26 à 36°5.

Le malade est guéri.

OBSERVATION N° 3

M. P... Joffre, 21 ans.

Entré à l'Hôpital Militaire Percy le 16 décembre, ayant présenté depuis le 9, coryza, dysphagie, léger mouvement fébrile, 38°. Douleurs lombaires, albuminurie.

Le 17 décembre, à l'examen, on constate une rougeur diffuse de la gorge. Le malade a le nez obstrué par des sécrétions jaune-verdâtre caractéristiques.

Notre traitement est institué.

Le 24 décembre le nez est débouché, la température tombée à 37°.

Le 27 le malade est guéri.

OBSERVATION N° 4

M. G... G..., 26 ans.

Entré à l'Hôpital Militaire Percy le 31 décembre : température 38°6 avec céphalée et rhinopharyngite. Notre traitement est institué.

Le 31 décembre, température 37.

Progressivement le nez se débouche, la céphalée disparaît et le 5 janvier le malade est guéri.

OBSERVATION N° 5

M. A... Amar, 32 ans.

Entré à l'Hôpital Militaire Percy le 30 décembre pour céphalée, rhino-pharyngite, température 38°. Nous instituons le traitement par irrigations.

Le 5 janvier le malade respire mieux, mais la température est encore à 38°. Les jours suivants l'amélioration s'accroît et le malade est complètement guéri après 8 jours de traitement.

OBSERVATION N° 6

M. G..., 21 ans.

Entré le 19 janvier à l'Hôpital Militaire Percy. Rhino-pharyngite, température 38°9.

A l'examen : nez bouché, céphalée, rougeur diffuse de la gorge.

Le 20, température 38°8 ; on commence les irrigations à raison de 3 par jour.

Le 21, température 37°2, le nez est débouché et le malade est considéré comme guéri.

OBSERVATION N° 7

M. Ch..., 21 ans.

Entré le 19 janvier à l'Hôpital Militaire Percy avec rhino-pharyngite. Température 38°5.

3 irrigations par jour.

Le 20 janvier, température $37^{\circ}2$.

Le 21, une poussée fébrile à $38^{\circ}6$.

Le 22, température $37^{\circ}2$. Le nez est presque complètement débouché.

Le 24, le malade est guéri.

OBSERVATION N° 8

M. G..., 21 ans.

Entré à l'Hôpital Militaire Percy, le 19 janvier avec : rhino-pharyngite, courbature généralisée, Température $39^{\circ}3$.

A l'examen : Angine rouge, nez bouché, céphalée.

Le 21 janvier, on fait 3 irrigations.

Le 22, température 37° , la gêne nasale est considérablement améliorée. La céphalée a disparu.

Le 26, le malade est complètement guéri.

OBSERVATION N° 9

M. B..., 21 ans.

Entré le 19 janvier à l'Hôpital Militaire Percy avec : rhino-pharyngite. Température $39^{\circ}4$.

A l'examen : nez bouché, céphalée, angine rouge.

On commence aussitôt les irrigations.

Le 20 janvier, la température tombe à $37^{\circ}8$.

Le nez se débouche et le malade est guéri le 24 janvier.

OBSERVATION N° 10

M. M..., 21 ans.

Entré le 19 janvier à l'Hôpital Militaire Percy avec : rhino-pharyngite. Température 38°7.

A l'examen : nez bouché, rougeur diffuse de la gorge.

On lui fait 3 irrigations par jour.

Le 20 janvier, température 37°4.

Le nez se débouche, la dysphagie est moins vive.

Le 25 janvier le malade est guéri.

OBSERVATION N° 11

M. B..., 21 ans.

Entré le 16 janvier dans le service avec : courbature fébrile. Température 40°2.

A l'examen : nez bouché. On le soigne uniquement par les irrigations.

Le 18 janvier, température 37°2.

Le 21 janvier, température 36°8.

Le 22 janvier, le nez est complètement libre et le malade considéré comme guéri.

OBSERVATION N° 12

M. C..., 21 ans.

Entré le 20 janvier à l'Hôpital Militaire Percy pour rhino-pharyngite. Température 38°9.

Le malade subit le traitement habituel : inhalations, gargarismes, pulvérisations.

Le 21 janvier, température 38°4.

Le 22 janvier, température 39°.

On commence les irrigations :

3 irrigations dans la journée du 22 janvier.

Le 23, la température est tombée à 37°. Amélioration locale très notable.

Le 25, le malade est guéri.

OBSERVATION N° 13

M. G..., 21 ans.

Entré le 19 janvier à l'Hôpital Militaire Percy avec rhino-pharyngite depuis 8 jours.

A l'examen : Coryza aigu, angine avec légère dysphagie et enrouement.

Le 20 janvier, la température est de 39°4.

Notre traitement est alors institué.

Le 21 janvier, 3 irrigations, température 38°.

Le 22 janvier, 3 irrigations, température 37°.

Le malade respire mieux, l'enrouement disparaît. Le 27 janvier, le malade est guéri.

OBSERVATION N° 14

M. T..., 21 ans.

Entré à l'Hôpital Militaire Percy le 20 janvier avec température 38°4.

L'examen montre une légère rhino-pharyngite.

Le 21 janvier, 3 irrigations, température 38°.

Le 22 janvier, 3 irrigations, température 37°.

Le malade se sent bien, les sécrétions muco-purulentes ont cessé. Le 26 il est guéri.

OBSERVATION N° 15

M. C..., 21 ans.

Entré le 19 janvier à l'Hôpital Militaire Percy avec rhino-pharyngite, courbature, température à 38°.

A l'examen : nez bouché, céphalée, dysphagie légère.

Le 20 janvier, 3 irrigations, température 39°2.

Le 21 janvier, 3 irrigations, température 38°4.

Le 22 janvier, 3 irrigations, température 37°4.

Le nez est débouché et le malade considéré comme guéri.

OBSERVATION N° 16

M. J... Pierre, 21 ans.

Entré le 20 janvier à l'Hôpital Militaire Percy avec rhino-pharyngite. Température 38°5.

A l'examen : céphalée, coryza.

Le 21 janvier, 3 irrigations, température 38°6.

Le 22 janvier, 3 irrigations, température 37°4.

La céphalée a disparu. Les sécrétions sont tariées. Le malade respire normalement. Il est guéri.

OBSERVATION N° 17

M. D..., 21 ans.

Entré le 21 janvier avec rhino-pharyngite. Température 39°6.

Le 22 janvier, 3 irrigations, température 39°4 le matin, 38°3 le soir.

Le nez est libre et le malade se sent mieux.

Le 26 janvier, le malade est guéri.

OBSERVATION N° 18

M. C..., 21 ans.

Entré le 20 janvier à l'Hôpital Militaire Percy avec rhino-pharyngite. Température 38°6.

A l'examen : coryza aigu, nez bouché, céphalée, courbature.

Le 21 janvier, 3 irrigations .

Le 22 janvier, température 37°.

Le malade se sent mieux, il respire normalement par le nez. Nous le considérons comme guéri.

OBSERVATION N° 19

M. P..., 21 ans.

Entré le 20 janvier à l'Hôpital Militaire Percy avec rhino-pharyngite, courbature généralisée. Température 38°6.

A l'examen : coryza, céphalée, courbature, rougeur diffuse de la gorge, dysphagie.

Le 21 janvier, température 38°.

Le 22 janvier, température 37°.

Le malade se trouve bien de son traitement. La gêne respiratoire disparaît et le malade est guéri après 5 jours de traitement.

*Dans la Rhino-pharyngite muco-purulente
chronique*

Là encore nous avons eu d'excellents résultats, malgré l'impossibilité de donner les irrigations plusieurs fois dans la journée.

Les cas qui nous ont été donnés à traiter n'étaient pas exempts de difficultés, on pourra s'en rendre compte. Cependant, nous sommes venus à bout de notre tâche en nettoyant le rhino-pharynx des malades, et en les débarrassant instantanément de la gêne qu'ils éprouvaient à respirer par le nez.

OBSERVATIONS

Nous devons les observations qui suivent à l'obligeance de M. le Professeur Lemaître, chef du service d'Oto-Rhino-Laryngologie à l'Hôpital Lariboisière, qui a bien voulu prêter une bienveillante attention à l'exposé de notre méthode et nous permettre d'appliquer notre traitement à quelques malades choisis à la consultation.

OBSERVATION N° 1

Mme G..., 57 ans.

Depuis très longtemps, la malade présente une

rhino-pharyngite muco-purulente. Au cours d'une nouvelle poussée, en avril 1939, elle fait une otite moyenne bilatérale et lorsque nous la voyons à la consultation le 8 mai 1939, son oreille coule toujours. La malade déclare notamment être obligée de changer son tamponnement de l'oreille 6 à 8 fois chaque nuit.

A l'examen son pharynx est occupé par de nombreux débris muco-purulents. On remarque, en outre, une congestion assez importante de ses fosses nasales, se traduisant d'ailleurs par une impossibilité presque absolue de respirer par le nez.

Son tympan droit présente une perforation postérieure bien nette qui donne issue au pus.

Le 8 mai, nous administrons une irrigation à la malade et nous lui interdisons formellement l'instillation de topique dans son rhino-pharynx.

Le 9 mai la malade revient. Elle est enchantée car elle respire normalement par le nez, mais son oreille continue à couler.

Le 10 mai, l'amélioration rhino-pharyngée se poursuit mais la malade déclare que son oreille coule beaucoup moins. En effet, alors qu'elle était obligée de changer le tamponnement six à huit fois dans la nuit, elle ne le fait plus que 2 ou 3 fois.

Le 11 mai, nous continuons notre traitement. L'oreille ne coule plus et la malade avait même l'intention de ne plus continuer son traitement. Nous lui conseillons de n'en rien faire et de continuer

encore pendant quelques jours pour consolider le résultat obtenu.

Le 12 mai, à l'examen, la muqueuse rhinopharyngée est absolument nette et propre. Notre but est atteint.

OBSERVATION N° 2

Mme P..., 47 ans.

La malade a déjà subi il y a 18 ans une opération indéterminée, qui aurait amené une amélioration passagère de sa pharyngite.

Actuellement, la malade se plaint de cracher beaucoup, et, selon sa propre expression, aux changements de temps. En outre, elle entend moins bien, mais depuis un an déjà, et elle craint de devenir sourde.

Le 8 mai, nous trouvons à l'examen :

Une rétraction du tympan droit.

Une pharyngite chronique hypertrophique avec sécrétion muco-purulente abondante sur la paroi postérieure du pharynx.

Nous lui faisons immédiatement une irrigation.

Le 9 mai, la malade revient et elle nous dit qu'après l'irrigation ses sécrétions ont été complètement taries pendant toute la journée, que depuis

ce matin seulement elle a expectoré quelques crachats, mais moins abondants que de coutume.

Le 10 mai, l'amélioration semble s'accroître.

Le 11, la malade attache toute l'importance de son cas à la surdité de son oreille dont la fonction, dit-elle, tarde à revenir. Mais elle commence à entendre un peu.

Le 12, à l'examen, nous constatons une grosse amélioration locale. La muqueuse est propre, l'expectoration est complètement tarie et la respiration est normale par le nez.

La question rhino-pharyngée semble donc bien réglée.

OBSERVATION N° 3

M. B... André, 16 ans.

Le 1^{er} mai, à l'examen, nous trouvons chez le jeune homme, qui se plaint d'anosmie, une quantité abondante de pus dans le méat moyen gauche après cocaïnisation, et nous prescrivons le traitement habituel.

Le 8 mai, pas d'amélioration, pus dans le méat après adrénaline.

Le 10 mai, même état. Le malade nous est confié pour irrigations.

Le 11 mai, même traitement.

Le 12 mai, le malade nous dit ressentir une

grande amélioration. Ses sécrétions sont normales et peu abondantes. L'odorat est revenu.

A l'examen, nous ne trouvons plus rien. Il viendra encore pendant quelques jours continuer le traitement pour consolider sa guérison.

OBSERVATION N° 4

M. L... Auguste, 36 ans.

Il y a trois ans, le malade a présenté les symptômes suivants :

Nez bouché.

Expectoration muco-purulente.

On lui enlève un polype et le malade se sent amélioré.

Le 9 mai 1939, ses troubles ont réapparu comme précédemment et il vient consulter.

A l'examen nous trouvons :

Polypes bilatéraux.

Sinusite bilatérale.

Amygdalite pultacée.

Nous lui donnons une irrigation et nous constatons la difficulté du passage rhino-pharyngé.

Le 10 mai, nouvelle irrigation, pour laquelle nous rencontrons moins de difficulté que le premier jour du traitement, le liquide arrive à refluer dans la bouche. Le 11 mai le nez est complètement débouché et le malade respire normalement.

Le 12, l'examen montre une muqueuse complètement débarrassée du muco-pus, et d'un aspect sensiblement normal. Nous conseillons au malade de se faire opérer et de revenir ensuite, lorsque sa muqueuse sera cicatrisée de façon à consolider le résultat opératoire par quelques irrigations nouvelles.

OBSERVATION N° 5

Mme D..., 45 ans.

La malade se présente à la consultation le 8 mai avec une rhino-pharyngite aiguë purulente. Elle crache et mouche beaucoup de pus et se plaint de douleurs dans la région frontale sus orbitaire.

On prescrit le traitement habituel par inhalations. La malade revient le 15 mai, elle dit ressentir une légère amélioration mais mouche et crache encore beaucoup. Il lui est impossible de respirer par le nez. A l'examen, sa muqueuse est encore infiltrée et recouverte d'un abondant muco-pus.

Nous commençons les irrigations.

Le 16 mai, nous voyons la malade qui se sent beaucoup mieux. La respiration par le nez est devenue possible.

Le 17 mai, même traitement.

Le 19 mai, à l'examen, la muqueuse est propre et d'aspect normal, bien que la malade n'ait pas été traitée la veille.

Nous la tenons pour guérie, mais nous lui conseillons de suivre encore le traitement pendant quelques jours pour consolider le résultat.

OBSERVATION N° 6

Mme V... Rosalie, 61 ans.

La fiche médicale de cette malade nous donne les renseignements suivants :

10 août 1938 :

Otite chronique gauche.

Rétraction des deux tympans.

12 avril 1939 :

Pas d'écoulements.

Hypoacoustie.

Bourdonnements.

11 mai 1939. A l'examen, nous trouvons :

Une rhino-pharyngite hypertrophique, avec rétraction des deux tympans, hypoacoustie, nez bouché. La malade se plaint aussi d'expectorer beaucoup de pus.

Nous commençons une irrigation.

Le 12 mai 1939, la malade commence à respirer par le nez, son expectoration a été bien moins abondante.

Nous continuons notre traitement.

Le 13 mai 1939. La malade se sent bien. Elle respire normalement par le nez. Son expectoration

a encore diminué, elle est moins épaisse et présente seulement des traces de pus verdâtre.

A l'examen, nous trouvons encore une petite quantité de muco-pus sur la paroi postérieure du pharynx et une muqueuse légèrement hyperhémée.

Les fosses nasales, par contre, sont propres.

Notre traitement est continué et le 17 mai l'examen nous montre une muqueuse absolument nette. Nous conseillons à la malade de continuer encore le traitement, mais nous ne l'avons pas revue.

OBSERVATION N° 7

M. M... René, âgé de 25 ans, étudiant en médecine, souffre depuis de nombreuses années d'obstruction nasale presque permanente et complète, causée par une abondante sécrétion muco-purulente du rhino-pharynx.

Il a été opéré des végétations en 1920.

Il présente souvent des angines rouges banales, des coryzas fréquents avec augmentation de l'obstruction nasale et des sécrétions. Ses antécédents nous révèlent 3 otites aiguës moyennes à 9, 12, 20 ans, perforées spontanément et guéries sans séquelles.

A l'examen, nous trouvons une muqueuse nasale congestionnée, des cornets hypertrophiés, une légère déviation de la cloison.

Du muco-pus s'écoule sur la paroi postérieure

du pharynx. La muqueuse pharyngée est très rouge et congestionnée.

Il se confie à nous le 8 mai et nous commençons aussitôt le traitement.

Le lendemain le malade nous déclare qu'il respire plus facilement par le nez, qu'il a craché beaucoup moins. Nous continuons les jours suivants et nous sommes heureux de constater en cinq jours une amélioration locale considérable. Le malade respire bien. Après cocaïnisation, on ne voit plus de pus sourdre du méat moyen. La muqueuse rhino-pharyngée est propre. Nous lui conseillons de continuer chez lui le traitement, plusieurs fois par jour. Nous ne l'avons pas revu depuis.

OBSERVATION N° 8

Mme L... Jeanne, 26 ans.

Depuis plusieurs mois déjà, cette femme souffre d'un coryza muco-purulent avec réaction sinusale maxillaire du côté gauche.

L'examen pratiqué le 25 février 1939 montre :

— Une Rhinopharyngite, avec quantité abondante de muco-pus dans les méats moyens.

— Des muqueuses très congestionnées.

Le travail institué à ce moment comporte des inhalations et des instillations de collargol.

La malade revient à la consultation le 12 mai.

Elle mouche beaucoup, son traitement ne l'a pas soulagée, et elle présente même depuis quelque temps un léger enrrouement.

A l'examen, ses muqueuses sont dans le même état et nous pouvons même ajouter :

— Une hypertrophie assez considérable de ses cornets moyens ; et du côté gauche un polype de petit volume.

Nous instituons notre traitement.

L'irrigation pratiquée régulièrement chaque matin, ramène une quantité considérable de muco-pus.

Au bout de huit jours de traitement, la malade se sent beaucoup mieux. Elle ne mouche plus. L'examen local montre une amélioration très nette. Il reste encore un peu de muco-pus par place, de fait, l'irrigation ramène encore quelques débris.

Nous conseillons à la malade :

La cautérisation de ses cornets.

L'ablation du polype.

Après quoi, quelques irrigations nouvelles activeront la guérison.

OBSERVATION N° 9

M. G... Henri, 42 ans, livreur.

Le malade vient à la consultation le 15 mai 1939 pour rhino-pharyngite muco-purulente. Le

malade mouche et expectore une grande quantité de pus et se trouve fort gêné pour respirer.

A l'examen, nous trouvons du muco-pus en abondance sur la paroi postérieure du pharynx et au niveau de ses fosses nasales.

La muqueuse présente une hypertrophie diffuse.

Symptômes qui nous font porter le diagnostic de :

Pharyngite chronique hypertrophique avec rhinite chronique purulente.

Le malade présente en outre des signes certains d'éthylisme chronique et déclare fumer un paquet de cigarettes par jour.

Nous commençons aussitôt les irrigations.

Le 17 mai, le malade crache et mouche beaucoup moins. Nous continuons notre traitement.

Le 18 mai, le nez est complètement débouché et le malade respire normalement.

Le 20 mai, à l'examen, nous assistons à une régression très nette des phénomènes inflammatoires. La muqueuse est propre, encore un peu tuméfiée par endroits. Les sécrétions sont tarries et le malade se sent bien.

Cette amélioration l'a probablement incité à ne plus revenir, car nous ne l'avons pas revu depuis.

OBSERVATION N° 10

L'observation qui suit est plus instructive. Le traitement a été appliqué d'une façon plus énergique, puisque nous avons été amené à donner deux et même trois irrigations par jour. De plus, il existe déjà un certain recul depuis la fin du traitement qui nous permet d'apprécier à sa juste valeur le résultat obtenu.

M. Jean D..., 25 ans, vient nous trouver il y a un an pour rhino-pharyngite muco-purulente chronique. Ce jeune homme présente une muqueuse infiltrée, deux grosses amygdales bombent de chaque côté des piliers. La paroi postérieure du pharynx est recouverte d'un enduit muco-purulent abondant. Il nous dit présenter souvent des angines au moindre froid et expectorer du muco-pus en abondance.

Nous lui conseillons l'amygdalectomie qui est faite deux mois après par M. le Docteur D..., de Reims, mais l'amélioration ne se fait pas sentir, les mêmes signes continuent de se manifester, et de plus, le malade présente maintenant une légère réaction des ganglions de sa chaîne cervicale.

Nous le voyons le 20 février 1939, et nous instituons notre traitement par irrigations.

Le 20 février, 3 irrigations dans la journée (le matin, à jeun, avant le repas de midi et avant le repas du soir).

Le 21 février, amélioration très nette, l'expectoration est beaucoup moins importante et bien moins épaisse.

Nous continuons avec deux irrigations seulement.

Le 22 février, deux irrigations, le malade est enchanté du traitement qu'il accepte avec enthousiasme.

Le 23 février, à l'examen, la muqueuse est propre et d'aspect sub-normal.

Le traitement est continué tous les deux jours, à raison de deux irrigations.

Après 12 jours de traitement, la réaction ganglionnaire a disparu, le rhino-pharynx est propre et la muqueuse a un aspect et une teinte normaux. Le malade est guéri.

Nous l'avons revu dernièrement et avons été heureux de constater le résultat définitif du traitement, puisque ce jeune homme n'a plus jamais souffert de sa gorge.

CONCLUSIONS

Notre but a été de rendre à la méthode tant décriée des irrigations, la place qui lui est due dans les procédés de désinfection du rhino-pharynx, en nous servant pour cela d'une technique et d'une formule qui nous ont donné entière satisfaction.

Les résultats obtenus dans les cas envisagés nous laissent espérer que nous avons là une méthode dont l'efficacité ne se borne pas seulement au catarrhe rhino-pharyngien aigu et chronique, mais qu'il serait intéressant d'étudier son action dans certaines rhino-pharyngites chroniques hypertrophiques ou atrophiques ne relevant pas de la chirurgie mais ayant une origine inconnue ou diathésique, sans d'ailleurs négliger pour cela le traitement général. Et, même après le passage du chirurgien, notre méthode n'a-t-elle pas sa raison d'être ? Peut-être, dans certains cas, pour compléter et consolider le résultat opératoire.

Nous ne disposons pas d'un nombre suffisant d'observations pour ouvrir un chapitre concernant l'application des irrigations dans les angines rouges ou pultacées. Mais là encore nous avons eu, dans les quelques cas où nous sommes intervenu, des résultats absolument immédiats et définitifs en qua-

tre ou cinq jours, à raison de 3 irrigations par jour, dès le début de l'infection.

Nous ne terminerons pas sans dire un mot du grave problème qui concerne la prophylaxie des maladies infectieuses — à point de départ rhino-pharyngien. En prophylaxie générale, c'est l'angoissante question des porteurs de germes.

Actuellement, les procédés insuffisants de désinfection du rhino-pharynx nous obligent à mettre ces gens, en réalité bien portants, au ban de la société et d'interrompre leur vie sociale.

En prophylaxie individuelle, notre méthode trouvera encore son application.

C'est, nous l'avons vu, en franchissant nos muqueuses rhino-pharyngées débilitées que les germes responsables de nombreuses maladies contagieuses infectent notre organisme.

L'air saturé de germes que nous respirons, la densité de la population des villes imposeront peut-être aux citoyens de s'irriguer le rhino-pharynx aussi naturellement qu'ils se lavent la bouche où qu'ils se brossent les dents.

Vu : *Le Doyen,*
TUFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
F. LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

LE SOUFRE

LOEPER (M.), BARY (L.). — Le soufre en biologie et en thérapeutique.

DÉSINFECTION DU CAVUM

ALBANESE (Paolo). — Contributo clinico-sperimentale allo studi della « Oral sepsis ». *La Stomatologia*, n° 5, aggio 1929, p. 394.

BARATOUX (M.). — La désinfection du cavum. Communication à la Société Médicale de l'Opéra le 9 janvier 1930.

CALAMY (P.L.M.). — La désinfection du rhino-pharynx dans les maladies contagieuses. *Thèse*, Paris 1934, n° 607.

GASTON (R.). — La désinfection du cavum dans les maladies infectieuses et dans la scarlatine en particulier. *Thèse de Paris*, 1927, n° 442.

MAHU. — Désinfection du cavum dans les mal. infect. *Ann. des Mal. Oreilles*, 1923, 10.

VINHAES (Manoël). — Breves considerações sobre a importancia do oxame do cavum. *Thèse de Bahia*, décembre 1927.

WORMS (J.). — Les méfaits des rhino-pharyngites, du meilleur mode de désinfection du cavum. *Presse méd.*, 37 : 1229-1231, sept. 21, 1929.

INFECTIONS D'ORIGINE NASO-PHARYNGIENNE

AGARI (C.). — Sur la fréquence des streptocoques hémolytiques dans la gorge des scarlatineux. *Compt. Rend. Soc. de biol.*, 105 : 79-80, 16 octobre 1930.

ASCHER. — Zur Verhütung infektiöser Respirationskrankheiten. *Deutsche Med. Wchnschr.*, 56 : 104-105, 17 janvier 1930.

CALAMY (P.L.M.). — La désinfection du rhino-pharynx dans les maladies contagieuses. *Thèse*, Paris 1934, n° 607.

COSTE (F.), LEBLOND (M.), VANNIER (P.-E.). — Sur l'utilité de la recherche du streptocoque hémolytique dans la gorge des scarlatineux. *Presse Médicale*, 37 : 1405-1407, 30 octobre 1929.

DELLA VEDOVA. — Cavités nasales et défense de l'organisme contre les maladies infectieuses. *Gior. d. r. soc. ital. d'ig.*, 1900, p. 241.

FAURE (M.). — Relation des infections naso-pharyngées buccales et digestives, avec les états rhumatismaux. Résumé de trente années d'observation, *Journ. de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 2^e cahier, t. CIV, 25 janvier 1933.

GASTON (R.). — La désinfection du cavum dans les maladies infectieuses et dans la scarlatine en particulier. *Thèse de Paris*, 1927, n° 442.

GLOVER (J.-A.), GRIFFITH (F.). — Acute tonsillitis and some of its sequels ; epidemiological and bacteriological observations. *Brit. M.J.*, 2 : 521-527, 19 septembre 1931.

HAJEK. — Laryngo-rhinology and general medicine. *The Journ. of Laryngol. and Otology*, n° 1, January 1929, p. 3.

JOE (A.). — Note on scarlet fever following operations in naso-pharynx. *Brit. M. J.*, 2 : 351, 20 août 1932.

KARPOFF (N.-A.). — Condition of upper respiratory tract and development of scarlet fever in children of Uzbek Republic (Central Asia). *Gig. i épidemiol.* (n° 2), 9 : 49-56, 1930.

KILLIAN. — Les cavités paranasales dans la scarlatine. Assoc. des laryngol. de l'Allemagne du Sud, juin 1908.

LEPNEFF (P.-G.). — Zur Frage über den Zusammenhang zwischen den Hals-Nasen und Ohren-

krankheiten und den Konstitutionellen Faktoren. *Beitr. z. Anal. Physiol. Path. u. therap. d. Ohres*, 29 : 7-37, may 1931.

LONGPRÉ (D.), PANNETON (R.). — La diphtérie clandestine dans nos crèches ; ses localisations nasales et auriculaires ; ses relations avec le taux de mortalité infantile. *Canad. M. A. J.*, 22 : 203-207, février 1930.

MAILLET (M.). — A propos des rhinopharyngites avec bacilles diphtériques. *Bull. Soc. de Pédiat. de Paris*, 26 : 64-67, 1928.

PETERS (B.-A.) and ALLISON (S.-F.). — Intranasal immunisation against scarlet fever. *The Lancet*, may 18 1929, p. 1035.

RETROUVEY (Henri). — Manifestations laryngées des maladies infectieuses. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 17-18, 15-30 septembre 1931, 52° année.

REVELLI (A.). — Recherches sur la scarlatine. *Soc. Internaz di microbiol. Boll. d. sez. ital.*, 1 : 108, mai 1929.

SAVORNIN (A.-R.) et PIERRON (M.-C.-N.-M.). — La désinfection du rhino-pharynx en milieu réglementaire. Expérience de l'Armée française du Rhin. *Arch. de Méd. et de Pharm. Milit.*, décembre 1930, t. CXIII, n° 5.

SCHROEDER (R.). — Occurrence of diphtheria bacilli in nose and throat of patients with chronic nasal affections. *Ugesk. f. laeger*, 92 : 927-930, 2 octobre 1930.

STAMBERGER (I.). — Naso-pharyngeal inflammation as precursor of scarlet fever. *Budapesti orvosi ujsag.*, 27 : 41-42, 10 janvier 1929.

— *Journ. Méd. Français*, octobre 1921. Les infections rhino-pharyngées.

WORMS (G.) et LE MÉE (M.). — Les foyers amygdaliens, sources d'infections secondaires. Rapport au Congrès d'O.-R.-L. de Paris, 1930.

TABLE DES MATIÈRES

I. — AVANT-PROPOS	9
II. — Importance du Rhino-pharynx porte d'entrée de nombreuses maladies infectieuses	11
III. — Difficulté d'assurer la désinfection du Rhino-pharynx	15
IV. — Méthodes actuelles de désinfection du Rhino-pharynx	17
V. — Principe de notre méthode	21
VI. — Les composants de notre formule	23
VII. — Le Traitement	27
VIII. — Les résultats	33
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

